

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1919

THÈSE

N°

122

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

TRAITEMENT RADICAL

DU CANCER DU COLON GAUCHE

PAR

GABRIEL BOYER

Externe des Hôpitaux de Paris

Président : M. LEJARS, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1919

THESE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

122

ANNÉE 1919

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

TRAITEMENT RADICAL

DU CANCER DU COLON GAUCHE



PAR

GABRIEL BOYER

Externe des Hôpitaux de Paris

Président : M. LEJARS, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1919

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN : M. ROGER

Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	NICOLAS
Médecine opératoire.....	CUNEO
Physiologie.....	CH. RICHET
Physique médicale.....	WEISS
Chimie organique et chimie générale.....	DESGREZ
Bactériologie.....	BEZANCON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générale.....	N.
Pathologie médicale.....	VAQUEZ
Pathologie chirurgicale.....	GOSSET
Anatomie pathologique.....	LETULLE
Histologie.....	PRENANT
Opérations et appareils.....	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale.....	POUCHET
Thérapeutique.....	CARNOT
Hygiène.....	BERNARD
Médecine légale.....	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée.....	ROGER
Clinique médicale.....	ACHARD
	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
	MARFAN
	HUTINEL
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance.....	
Maladies des enfants.....	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	DUPRE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux.....	PIERRE MARIE
Clinique des maladies contagieuses.....	TEISSIER
Clinique chirurgicale.....	PIERRE DELBET
	QUENU
	LEJARS
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique.....	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.....	LEGUEU
	BAR
Clinique d'accouchement.....	COUVELAIRE
	RIBEMONT DES
	SAIGNES
Clinique gynécologique.....	J. L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile.....	AUGUSTE BROCA
Clinique thérapeutique.....	ALBERT ROBIN
Clinique d'otorhino laryngologie.....	SEBILEAU

Aggrégés en exercice

MM.			
ALGLAVE	JEANNIN	LCEPER	ROUSSY
BRANCA	JOUSSET ANDRÉ	MOCQUOT	ROUVIERE
CAMUS	LABBE (HENRI)	MULON	SCHWARTZ (A)
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	SICARD
CHAMPY	LANGLOIS	NOBECOURT	TANON
CHEVASSU	LECENE	OKINCZYC	TERRIEN
DESMARET	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
GOUGEROT	LENORMAN F	RATHERY	VILLARET
GREGOIRE	LEQUEUX	RETTERER	ZIMMERN
GUENOT	LEREBOULLET	RIBIERRE	
GUILLAIN	LERI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

A MA SOEUR ET A MON BEAU-FRÈRE

En gage de toute affection.

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

Externat :

LES DOCTEURS : ARROU (Pitié), WALTHER (Pitié),
AUVRAY (Broussais), POTHERAT (Broussais), RO-
CHARD (Saint-Louis), A. PETIT (Hôtel-Dieu),
GOSSET (Ivry), DESMAREST (Ivry), TISSIER
(Charité).

*A mes maîtres honorés qui voulu-
rent bien m'agréer dans leurs ser-
vices en qualité de délégué dans les
fonctions d'interne, ce témoignage
de ma profonde reconnaissance :*

MM. LES DOCTEURS LEGRY, PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA
FACULTÉ DE MÉDECINE (Charité), MAUCLAIRE,
PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
(Charité).

A MONSIEUR LE DOCTEUR PAUL DELBET

ANCIEN PROSECTEUR

EX-CHEF DE CLINIQUE A LA FACULTÉ

Hommage reconnaissant et dévoué.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEJARS

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL ST-ANTOINE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

CHAPITRE I

HISTORIQUE

La question du traitement du cancer du gros intestin a sans cesse été reprise et enrichie d'observations nouvelles depuis les temps historiques de la chirurgie jusqu'à nos jours.

Il est classique de rappeler le cas cité par PEYROT, celui de PRAXAGORAS de Cos et de LEONIDES d'Alexandrie.

Son étude resta néanmoins extrêmement complexe, car la clinique des affections du colon et les techniques opératoires qui leur ont été appliquées sont absolument intriquées dans toute l'histoire de la chirurgie abdominale, bénéficiant de ses progrès, arrêtée par ses échecs.

Le cancer du gros intestin se révèle au début par sa complication la plus fréquente : l'occlusion.

Les premiers chirurgiens la traitent en bloc avec les occlusions de toutes causes et de tous sièges. La

première idée directrice est de parer aux accidents aigus. Ce chapitre de thérapeutique est contenu dans celui de l'entérostomie : anus de Littré, Pillore de Rouen, en 1716, Fine, de Genève, pratiquent un anus-cœcal pour un cancer recto-sigmoïdien.

A ce moment, on n'a pas encore la pratique des autopsies ; on traite l'occlusion entité pathologique, d'un diagnostic étiologique impossible, d'un pronostic fatal.

En 1840, Reybard apporte à la tribune de l'Académie de Médecine un cas de résection du colon pour cancer déterminant des accidents d'obstruction. La tentative était suivie de succès et était inspirée par les travaux de Lembert sur la suture intestinale. L'Académie nomma rapporteurs Blandin, Bérard et Jobert de Lamballe qui conclurent que la cicatrisation d'une plaie intestinale était impossible et que cette pratique était un danger.

Faut-il rappeler que les conditions chirurgicales de l'époque : pas d'anesthésie, pas d'asepsie, viennent justifier cette décision paradoxale à notre époque ?

En dehors de ce fait isolé, la question de l'occlusion est seule à l'ordre du jour à cette époque où elle est reprise activement.

Nélaton décrit l'entérostomie, en précise la technique et les indications opératoires.

Cette opération est longue à se systématiser. Després s'oppose formellement à toute tentative thérapeutique chirurgicale ; dans le cas de tumeur mali-

gne du gros intestin, il préfère encore l'emploi des narcotiques. C'est alors que la pratique des autopsies systématiques, ayant fait reconnaître la nature de l'obstacle, orientent à l'étranger la question vers une autre directive : « Lever l'obstacle ».

L'idée de Reybard, française d'origine, va, comme la pylorectomie de Péan et l'hystérectomie vaginale de Récamier, nous revenir d'Allemagne où elle est passée. Gussenbauer pratique l'ablation de l'S iliaque avec succès. Kraüstold la tente deux fois avec des résultats négatifs : mort en deux heures et deux jours.

Schede, Cerny, Billroth-Fischer, Maydl, Thiersch, pratiquent une intervention théorique : lever l'obstacle par résection, rétablir la continuité intestinale par entéroraphie. Les statistiques sont mauvaises.

En France, néanmoins, séduits par deux nouveaux cas de Gussenbauer suivis de guérison, Péan, Guyon, Nélaton, tentent des cures radicales ; mais la mortalité les contraint à abandonner leurs tentatives.

L'anus iliaque reste l'opération de choix. Et en 1880, Peyrot, dans sa thèse d'agrégation, en réunit 77 observations.

A ce moment, la question revêt un nouvel aspect : le cancer du gros intestin est individualisé, le mot de colectomie est consacré et constitue un chapitre de pathologie chirurgicale. Mais les résultats pratiques correspondent si peu aux données théoriques que toutes les recherches se localisent sur des points de technique opératoire.

Volkman, en 1885 (thèse de Michels), modifie la colectomie en laissant subsister l'anus de Bouilly.

Puis BLOCH DE COPENHAGUE, en 1892, décrit sa technique de résection des tumeurs en trois temps.

La technique de Bloch est vulgarisée par les publications de Mickulicz.

Les résultats s'améliorent immédiatement.

Ces deux techniques sont loin d'ailleurs d'être acceptées comme définitives et les modifications incessantes apportées à cette époque à la technique des résections et des sutures intestinales augmentent la littérature et dispersent les recherches.

Wolffler de Prague, Schloffer, publient d'importants mémoires ; Jaboulay, en France, puis Kroenlein, Kocher, Zimmermann, Wittner, Borchardt, publient des travaux.

La question est mise à l'ordre du jour du 21^e Congrès de chirurgie allemand.

A Bordeaux, Chavannaz y consacre sa thèse.

En 1899, Lejars, Monod, Routier, Poirier, publient à la Société de Chirurgie des cas de traitement radical du cancer du colon.

L'entéro-anastomose, notion thérapeutique nouvelle vient apporter de nouveaux moyens d'action :

Comme *traitement palliatif* en perfectionnant l'anus contre nature définitif ;

Comme *traitement adjuvant*, en facilitant la suture et en la soulageant.

Cette idée va de nouveau orienter les recherches vers la technique opératoire de ce procédé, et on étu-

die ses modalités suivant la localisation du néoplasme, ses indications opératoires (Bouton anastomotique de Lardennois), et sa nécessité.

Elle constitue un grand progrès fait dans le traitement palliatif du cancer, elle va être sans cesse remaniée et mêlée à la technique des opérations radicales, pour constituer un nouveau chapitre obligatoire dans toute étude d'ensemble sur le traitement du cancer des colons.

L'important mémoire de de Bovis (1900), (*Revue de Chirurgie*) met la question au point en France et rassemble les observations éparses publiées.

En 1898, Quénu et Pierre Duval, puis en 1902, Pierre Duval, dans sa thèse, reprennent la question du point de vue anatomique et clinique et individualisent le colon pelvien, comme on avait déjà individualisé le rectum. Reprenant l'analyse des différents procédés opératoires antérieurs, ils déterminent avec précision une technique plus spécialement applicable aux segments anatomiques du colon pelvien.

La statistique de la cure radicale est améliorée par l'opération sérieée, mais une telle pratique devait fatalement déterminer une réaction.

En Angleterre, Little-Wood, Bakes, Bilton-Pollard ; en France, Pauchet (18^e Congrès de Chirurgie 1905) reviennent à la chirurgie en un temps.

Ockinczic marque dans sa thèse ce retour (1906-1907). Il étudie les statistiques et les compare.

L'intervention retardée, mettant le chirurgien en présence d'un malade en occlusion ou en obstruction,

lui apparaît comme le principal facteur d'aggravation de la colectomie en un temps.

Il reprend donc l'étude clinique des cancers du colon et confiant dans les nouvelles acquisitions d'exploration clinique donne au problème un nouvel énoncé.

Dans la majorité des cas, le diagnostic des cancers du colon est possible alors que la tumeur n'est encore qu'une tumeur clinique et non une tumeur opératoire. A ce stade, la colectomie en un temps sera à quelques particularités près aussi facile que les réssections du grêle et ainsi le traitement chirurgical des cancers du colon sera sans doute plus séduisante pour le malade et pour le chirurgien.

Dans ces dernières années, les études de détail se succèdent (Cavaillon, Perrin, Leclerc). Les travaux de chirurgie anatomo-clinique d'Hartmann précisent l'anatomie pathologique, l'anatomie chirurgicale et les indications opératoires.

Au cours de nos études, nous avons eu souvent l'occasion d'examiner et de voir évoluer des cancers du colon. Nous avons vu pratiquer des colectomies assez nombreuses. Nous avons été frappé de ce fait que la colectomie pratiquée en un temps sur le colon droit guérissait simplement, alors que nous voyions les succès suivre les colectomies du colon gauche.

En particulier dans les services des docteurs Souligoux et Maucclair, nous avons pu voir reséquer en un temps le colon ascendant à plusieurs reprises sans le moindre incident post-opératoire, tandis que nous

voyions en même temps deux cancers de l'S iliaque opérés en plusieurs temps avec succès.

Nous eûmes, d'autre part, l'occasion à la Maison de Santé du docteur Paul Delbet, de voir reséquer en plusieurs temps quatre cancers de l'anse sigmoïde avec succès. Nous avons consulté à l'appui de toutes ces interventions les observations publiées antérieurement par le docteur Souligoux. Nous les avons étudiées. Nous avons recherché aussi celles qui furent publiées par différents auteurs.

C'est le résultat de cette étude que nous avons voulu relater dans notre thèse, car nous avons été étonné de voir appliquer au cancer du colon gauche une méthode qui choquait notre éducation chirurgicale car elle nous semblait rétrécie, s'adressant au cancer, alors que nous étions habitué à voir pratiquer une chirurgie élargie.

Nous nous sommes demandé pourquoi le colon gauche semblait comporter une technique chirurgicale individuelle différente de la première moitié du colon.

Nous présentons cette modeste étude dans notre thèse en adressant nos remerciements au docteur Souligoux qui voulut bien nous communiquer ces documents personnels.

CHAPITRE II

D'une façon générale, on appliqué au traitement du cancer du colon gauche deux méthodes opératoires dont nous étudierons plus loin les modalités et les indications.

L'opération type Reybard : en un temps ;

L'opération type Bloch : en plusieurs temps.

1° L'opération en un temps, plus rationnelle, plus brillante, théoriquement plus simple, la première en date, abandonnée puis reprise comme plus séduisante et plus conforme aux habitudes chirurgicales modernes.

2° L'opération sériée, moins brillante mais imposée par la pratique, considérée par certains auteurs comme une méthode qui a rendu des services mais qui doit céder le pas à la première manière.

« C'est une étape dépassée de la chirurgie des colons » : Opinion de Pauchet.

Ceci étant posé on peut dresser la statistique type suivante qui résume d'autant mieux l'historique de la question qu'on peut l'établir sur des cas publiés par un même opérateur (Mickulicz).

37 réséctions du colon, 11 morts ;

21 résections en un temps, 9 morts ;
16 résections en deux temps, 2 morts.

Mickulicz ajoute même que ces deux derniers échecs ne sont pas imputables à l'intervention.

Comme l'écrivait Mickulicz la grande supériorité de la résection sériée saute aux yeux.

Il serait injuste de vouloir rapprocher ce tableau de celui des résections en un temps publié en France et en Allemagne entre 1887 et 1900.

Ils donnent tous une mortalité comprise entre 50 et 65 %.

Nous ne prendrons que les statistiques plus récentes des plus chauds partisans de la résection en un temps.

Elles sont beaucoup plus brillantes.

Bilton-Pollard, Little-Wood, Morton, Hocheneg, Schloffer, Mickulicz, communiquent leurs résultats et permettent d'établir le tableau suivant :

Morton	6	résections,	6	guérisons
Bilton-Pollard	7	—	7	—
Little-Wood	14	—	10	—
Hocheneg	16	—	10	—
Schloffer	10	—	8	—

soit une mortalité de 26 % beaucoup plus satisfaisante.

Toutes ces observations ne sont pas publiées. Les statistiques des différents auteurs ne précisent pas toujours d'une façon absolue le siège du néoplasme.

L'examen des observations publiées montre que

dans la même statistique, les résultats opératoires, en ce qui concerne le colon droit et le colon gauche, sont tout différents.

Sur les 7 observations publiées par Little-Wood, 5 se rapportent à la première moitié du colon, 2 seulement à la seconde partie :

Avec une guérison (obs. XXX) ;

Avec un mort au 5^e jour (obs. XXXII).

BILTON-POLLARD. — 2 résections de l'S iliaque : 2 guérisons.

HOCHENEGG. — Sur les six cas de mort publiés, 5 se rapportent à des néoplasmes du colon gauche.

MORTON. — 2 résections de l'S iliaque : 1 guérison.

Mais l'auteur a été obligé de pratiquer d'urgence dans un second temps, un anus contre nature à droite.

PAUCHET. — 3 observations se rapportent à des tumeurs du colon gauche.

1 de l'angle splénique : guérison ;

2 de l'S iliaque : 2 morts, dont 1 au 1^{er} et 1 au 5^e jour.

SOULIGOUX. — Présente au Congrès de Chirurgie de 1901, trois observations de résection du cœcum en un temps avec trois guérisons.

Il présente à la Société d'Anatomie de 1905, un cas de résection de l'anse sigmoïde : une mort.

GOULLIQUET. — Au congrès de Chirurgie de 1901, présente trois observations de cancer du cœcum extirpé en un seul temps et guéri.

Deux cas de cancer de l'S iliaque :

Un traité en un temps, mort le surlendemain ;

Un traité en deux temps, guéri.

On remarque donc que, si la résection en un temps donne, dans les cancers de la moitié droite du colon, des bons résultats, la même technique appliquée à la moitié gauche par le même auteur en donne de mauvais.

Un autre fait, à l'appui de cette thèse, déjà noté par Cavaillon, mérite d'être rappelé.

Dans la statistique de Little-Wood, les résultats opératoires de cure radicale des néoplasmes de la seconde moitié du colon peuvent encore se subdiviser.

1° Les cas dans lesquels la grande occlusion commandait avant tout un anus d'attente ;

2° Les cas opérés à froid après un diagnostic précisé et une préparation suffisante.

Or, les premiers donnent des résultats très supérieurs aux seconds, alors même que le facteur aggravant de l'occlusion ne peut être mis en doute.

L'ensemble de ces faits individualise donc au point de vue thérapeutique le colon en deux moitiés : une droite et une gauche.

Nous nous proposons d'en reviser les raisons.

CHAPITRE III

OPÉRATIONS EN UN TEMPS. — Elles se proposent de réséquer la portion de l'intestin sur laquelle siège le néoplasme, en même temps que les ganglions lymphatiques tributaires, et de rétablir immédiatement et complètement la continuité intestinale.

Nous rappellerons d'abord la technique de REYBARD.

OPÉRATION DE REYBARD, DE LYON. — (2 mai 1833).

1° Incision de 6 pouces au-dessus de l'épine iliaque antérieure et supérieure, parallèlement à sa crête et à un pouce d'elle ;

2° Extériorisation de la tumeur. Deux ligatures sont placées sur le mésocolon. Section de l'intestin extériorisé, en amont et en aval de la tumeur — 3 pouces. Section du mésentère aux ciseaux. Hémostase de tranches de section intestinales.

3° Suture à la soie. Deux surjets partent des bords mésentériques, en sens inverse.

« Lorsque, dit M. REYBARD, j'eus mis en rapport les deux bouts de l'intestin, je les attachai ensemble

près du bord mésentérique avec le fil de ma première aiguillée que j'arrêtai par un double nœud. C'est là que la suture à surjet commença. Je prolongeai ensuite celle-ci et jusqu'au milieu de la solution de continuité avec la précaution d'en serrer et d'en rapprocher beaucoup les spirales. Je coupai ensuite le fil à 7 ou 8 lignes de l'intestin, puis je l'arrêtai non point en faisant un nœud comme on finit une couture mais en l'entraînant, c'est-à-dire en le comprenant dans de nouveaux points de suture que je pratiquai avec la deuxième aiguillée de fil dont je me servis pour terminer l'opération. Lorsque celle-ci fut achevée, c'est-à-dire qu'elle fut poussée de nouveau jusqu'au bord mésentérique de l'intestin, j'arrêtai le fil en nouant ensemble par un double nœud, les deux brins dont se compose l'aiguillée. Toutefois après les avoir dédoublés et traversé avec l'un d'eux une des lèvres de la plaie, je n'embrassai à dessein, pour arrêter le fil, que le côté péritonéal de cette lèvre afin qu'étant plus vite coupée la ligature devînt libre plutôt par ce côté de la suture que par l'autre. Ce dernier nœud étant fait, je coupai le fil au ras de la plaie... » (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, 1843-1844).

Réduction de la suture dans l'abdomen. Suture de la paroi (Trois points). Guérison. Au bout de 38 jours le malade prend des aliments solides, va normalement à la selle, rend des gaz.

La technique générale se décompose :

Incision — si le siège est précisé, là où est la tu-

meur (Pean). Si le siège est incertain : laparatomie médiane.

1° MOBILISATION DE LA TUMEUR QUI PERMETTRA SON EXÉRÈSE

A. *Anatomiquement* le colon gauche présente à considérer : deux segments immobiles : colon descendant, colon iliaque.

Un segment mobile : colon pelvien.

Trois segments intermédiaires : angle splénique, segment iléo-pelvien, segment recto-sigmoïde.

B. *Pathologiquement* la tumeur est un cancer du colon gauche et une tumeur ulcérée et infectée, évoluant dans un milieu septique. Elle tend très rapidement à contracter des adhérences avec les organes voisins (intestin grêle). Dans les cas avancés, son méso se rétracte et attire l'anse vers son insertion.

Les tumeurs des segments mobiles du colon gauche, sont cliniquement, d'après les statistiques, plus fréquents que celles des segments fixes.

Le néoplasme siège sur l'anse sigmoïde ou au point où le colon se détache de la fosse iliaque et devient flottant. Cette portion est plus mobile que le colon descendant, mais moins que l'anse sigmoïde.

Lorsque le néoplasme siège sur une portion fixe, il peut être mobilisé par la technique de Pierre Duval.

Incision du feuillet séreux pariétal au ras du colon, de façon à n'entourer que le premier feuillet, le méso-primitif qu'on détache doucement du feuillet

pariétal. On passe dans l'intérieur même du fascia d'accolement. Ce décollement n'entraîne aucune rupture vasculaire, et, de cette façon, l'anse n'adhère vraiment qu'au niveau de l'abouchement des artères coliques sur le tronc principal.

2° LIBÉRATION DES ADHÉRENCES PATHOLOGIQUES

Ces adhérences peuvent être extrêmement serrées en dehors de toute généralisation du néoplasme. Dues à des phénomènes inflammatoires elles sont contractées aux dépens :

- 1° De la paroi abdominale antérieure,
- 2° De l'épiploon,
- 3° Des anses grêles qui viennent adhérer par leur bord libre à la tumeur,
- 4° De la vessie pour le colon pelvien.

5° Le colon transverse ptosé adhère souvent à l'anse sigmoïde ainsi que chez la femme au ligament large ou à la face postérieure de l'utérus.

Ces adhérences peuvent être plus intimes et plus rapides encore avec la paroi abdominale postérieure, surtout dans les segments fixes.

Le processus néoplasique peut alors envahir la paroi abdominale postérieure et les organes sous-jacents : uretères, reins, vaisseaux spermatiques, et même les muscles latéro-vertébraux. Ces cas ne sont plus justiciables du traitement radical, mais de l'entéro-anastomose.

Il faut procéder à la libération des adhérences avec

grand soin, s'attendant toujours à l'ouverture dans le péritoine d'un abcès miliaire, d'un organe creux, dont le contenu infecterait la cavité abdominale ou à la production d'une hémorragie.

En cas d'adhérence à la paroi postérieure M. Quénu préconise une véritable résection du péritoine.

3° PROTECTION DE LA CAVITÉ ABDOMINALE

La première des conditions d'une protection sûre de la cavité abdominale est une libération suffisante du néoplasme permettant de rendre les manœuvres suivantes autant que possible extra-abdominales. Elle doit être complétée au moyen d'un tamponnement soigné, de champs et de compresses.

Résection de la tumeur et de son méso, comme un sac à contenu septique en bloc avec les ganglions, le mésentère. L'épiploon s'il y a lieu. Le méso doit être sectionné en coin, de manière à enlever les ganglions en contact avec l'intestin tout en assurant la vascularisation des deux bouts.

Cette exclusion d'une portion de l'intestin peut être réalisée soit au moyen de ligatures, soit au moyen de pinces à co-prostase. Pierre Duval préconise une combinaison des deux moyens.

4° RÉTABLISSEMENT DE LA CONTINUITÉ INTESTINALE

Deux cas se présentent :

1. Ou bien les deux segments, sus et sous-jacent

peuvent être facilement amenés en contact. On pratique alors la colorraphie :

1° Soit termino-terminale ; rendue plus difficile par différence de calibre. PAUCHET emploie la méthode de de GUDIN, de Rio-de-Janeiro, qu'il présente à la Société de Chirurgie (Séance du 20 juillet 1919).

a) Ecrasement des deux extrémités de l'anse à supprimer ;

b) Sur la surface d'écrasement, application de deux pinces de KOCHER ;

c) Section au thermo entre chaque couple de pinces (l'anse est enlevée comme une poche septique) ;

d) La suture bout à bout se fait en enfouissant sous le surjet séro-séreux, les deux pinces amenées en contact. Un surjet séro-séreux rapproche les deux faces de l'intestin et recouvre les mors des pinces. Les deux branches et les anneaux seuls sont visibles. Ils émergent entre les deux ou trois derniers points de suture. Les pinces sont retirées. On place une pince coprostatique sur l'intestin. Par l'orifice laissé par les deux pinces et avant de serrer les deux ou trois points de suture qui terminent la réunion complète, on introduit une sonde cannelée qui décolle les bords des deux extrémités écrasées de l'intestin et rétablit la continuité intestinale.

Le premier plan séro-séreux peut alors être terminé par deux ou trois points.

Un deuxième surjet séro-séreux est mené sur le premier et enfouit la totalité de l'anastomose.

e) La suture latéro-latérale simplifie la coaptation

de deux segments d'épaisseurs et de calibre différents (Souligoux). Elle est plus sûre (Duval). Mais peut être rendue difficile par l'immobilité des deux bouts. On lui reproche de déterminer la formation de deux culs-de-sac dans lesquels les matières solides pourront s'accumuler avec des résidus alimentaires non digérés. Ces culs de sac pourront se distendre au point de prendre l'aspect de cœcums enflammés et être le point de départ d'accidents graves.

Le docteur SOULIGOUX, pour obvier à ces inconvénients, a imaginé la technique suivante :

Après la section de l'intestin, il ferme les deux bouts par le double surjet habituel. Puis il rétablit la continuité de l'intestin fermé par un surjet circulaire qui adosse l'une à l'autre les deux sutures intestinales qui se trouvent ainsi se renforcer l'une l'autre.

« Après l'exécution de ce temps opératoire, je me trouve dans la situation d'avoir en main un intestin atteint de rétrécissementt absolu. J'accole alors l'intestin en le pliant, ayant comme charnière le point rétréci, et j'incise les deux branches à quelques millimètres à peine du point rétréci. De ce fait, je supprime le cul-de-sac et réalise ainsi une anastomose latéro-latérale qui se rapproche beaucoup de l'anastomose termino-terminale idéale mais qui est plus sûre ». (*Bullettin et Mémoire de la Société de Chirurgie*, 29 juillet 1919).

5° FERMETURE DE LA PAROI ABDOMINALE après péritonisation de la surface cruentée créée par le décollement colo-pariétal.

II. L'étendue de la résection ne permet pas le rapprochement des segments sus et sous-jacents.

PROCÉDÉ DE MADELUNG. — L'auteur propose de fermer le bout inférieur, le transformant en un simple cul-de-sac ouvert à l'anus, et à fixer le bout supérieur dans la plaie en anus définitif.

Ce procédé ne répond en réalité qu'à un des buts de l'intervention puisqu'il ne rétablit pas la continuité de l'intestin.

PROCÉDÉ DE NICOLADINI. — Il consiste à isoler un segment d'intestin grêle de longueur égale ou légèrement supérieure à la distance qui sépare les deux bouts du colon, en ayant soin de laisser ce segment du grêle appendu aux vaisseaux mésentériques.

La continuité du petit intestin est rétabli par coliorraphie circulaire.

La continuité du colon est rétablie par l'interposition du segment d'intestin grêle entre les deux extrémités du colon pelvien. Sutures termino-terminales.

ENTÉRO-ANASTOMOSE : entre le bout inférieur et l'iléon, le cæcum ou le colon transverse.

Anastomose iléo-rectale.

Iléo-sigmoïdostomie (avec section de l'iléon BRIN).

Iléo-rectostomie. (Procédé de LARDENNOIS).

Certains auteurs (MONPROFIT) proposent même dans le cas où la coliorraphie est possible, de toujours lui adjoindre une entéro-anastomose afin de soulager la suture intestinale.

CHAPITRE IV

Occlusions intestinales par tumeurs

La colectomie en un temps est formellement contre-indiquée dans tous les cas où le malade est en occlusion. L'opinion est unanime sur ce point. Toute tentative d'excérèse est dangereuse. Cette notion est classique depuis le rapport de Demoulin à la Société de chirurgie. La simple laparatomie exploratrice pratiquée chez les sujets profondément intoxiqués par la rétention stercorale comporte à elle seule une telle gravité qu'elle est rejetée. Toute manœuvre abdominale est pleine de difficultés pour le chirurgien et de dangers pour le malade.

Dans ce cas il faut agir vite, faire le minimum et aller au plus pressé. L'anus coecal remplit ces conditions.

Le professeur Pierre Duval distingue deux situations :

1) Ou bien le diagnostic ne peut préciser ni le siège sur le colon, ni la nature de l'obstacle ;

2) Ou bien le siège est connu et la nature de l'obstacle est précisée ou soupçonnée.

Dans le 1^{er} cas, le chirurgien doit tendre à préciser l'agent d'occlusion.

Il doit demander des renseignements :

1) A l'examen clinique.

2) A l'examen radiologique. L'aérocolie étant facilement décelée à la radioscopie.

En cas d'obstacle siégeant sur le grêle, quel que soit l'état de distension de l'abdomen, la laparatomie exploratrice s'impose d'urgence.

Si l'examen clinique décèle l'obstacle sur le gros intestin, il a recours à une fistulisation du cœcum.

Dans le cas où les difficultés de l'examen clinique ne permettent pas de définir avec certitude si l'étranglement siège sur le grêle ou sur le gros intestin, M. le docteur SOULIGOUX conseille d'aller directement au cœcum par une incision pratiquée sous anesthésie locale dans la fosse iliaque droite.

S'il est distendu, il l'attire dans la plaie et le fistulise au moyen du thermo-cautère, 6, 12, 24 heures après, suivant l'état général du malade.

SECOND a préconisé en France l'appendicostomie.

La conduite est la même en cas de petite occlusion (QUÉNU) avec abdomen moyennement ou légèrement distendu. L'existence d'une réaction inflammatoire, d'abcès surajoutés, la distension des anses grêles, obligent à des manœuvres abdominales qui rendent l'intervention longue et difficile, ce que ne permet pas l'état du malade.

Ces faits sont bien notés dans une observations présentée par GOULLIoud au XII^e Congrès de Chirurgie et que nous reproduisons :

Obstruction intestinale par cancer de l'S iliaque. Laparatomie. Résection de la tumeur en période d'obstruction. Mort rapide par collapsus. Opération pénible. Tous ces malades sont en état de moindre résistance. Le cœur faiblit par intoxication bulbaire. Le malade meurt en état d'inanition.

Or, l'occlusion rare dans les néoplasmes du colon droit est très fréquente à gauche.

Histologiquement les tumeurs du gros intestin étudiées par M. Lecène, se ramènent à trois formes :

Adéno-carcinome,

Carcinome solide,

Carcinome colloïde.

La première moitié du colon d'un calibre plus grand que celui de la seconde moitié, présente des tumeurs du type encéphaloïde, sans tendance à la rétraction, par conséquent sans tendance à la diminution rapide du diamètre intestinal.

Les tumeurs de la seconde moitié sont du type squirrhe. C'est une néoplasie cloisonnée limitée par du tissu conjonctif scléreux.

Elle présente deux formes : 1^o la forme annulaire de beaucoup la plus fréquente : C'est le type de la lésion sténosante. « L'intestin est étranglé comme par une ficelle ». Le calibre du rétrécissement se réduit

progressivement sans jamais atteindre pourtant le rétrécissement complet.

2° Les tumeurs à type latéral sont rares. Elles ont leur lieu d'élection dans la portion terminale du colon pelvien ou dans le segment recto-sigmoïde. La forme latérale, à priori moins sténosante, ne l'est pas moins, en réalité, que la forme en corde, puisque de Bovis, sur 9 cas, en trouve 5 où ce type de néoplasme se traduit par l'occlusion intestinale aiguë. Dans les deux cas le caractère essentiel est la tendance au rétrécissement. Aussi l'opinion classique était-elle de dire que les cancers du colon ne se révélaient d'habitude que par une de ses complications. (MIKULICZ) et le plus souvent par un ileus paralytique complet.

Cette opinion est trop absolue. La crise d'occlusion est souvent précédée d'un ensemble de symptômes permettant de poser le diagnostic précoce du siège et de la nature du néoplasme.

Les tumeurs du colon restent latentes. Le gros intestin semble pouvoir fonctionner avec une tumeur greffée sur un de ses segments.

Cette période de tolérance peut être très longue. MIKULICZ l'évaluait de 6 mois à trois ans. Pour les partisans de la colectomie en un temps la tumeur est opératoire pendant toute cette période de tolérance, bien avant d'être clinique.

C'est, par conséquent, l'étude anatomo-clinique approfondie de l'ensemble des symptômes qui, permettant un diagnostic précoce et précis, doit condi-

tionner les indications opératoires de la cure radicale.

La colectomie en un temps, devient le traitement de choix du néoplasme à condition qu'il soit en période de tolérance. Le problème devient donc un problème clinique consistant à déterminer le temps d'élection de l'intervention.

CHAPITRE V

Symptomatologie des tumeurs du colon gauche

La période de tolérance signalée par BOUSQUET au Congrès de Chirurgie en 1904, peut être définie avec OKYNCZYC « période d'équilibre entre le rétrécissement qui augmente d'une part, et l'hypertrophie musculaire accompagnée de distension, de l'intestin. L'équilibre est détruit lorsque pour une cause quelconque, l'intestin entre en « asystolie ».

Une constipation opiniâtre coïncidant avec une perte des forces doit provoquer un examen plus approfondi.

1° *Inspection*. — Le météorisme local est précoce dans les cancers de la moitié gauche du colon. Bombant le creux hypogastrique, la fosse iliaque droite et la fosse iliaque gauche, il affecte la forme en cadre pathognomonique d'un obstacle siégeant sur la portion terminale du colon gauche.

La constance de ce signe est niée par OKYNKZYC. En règle générale, le maximum de la distension siège sur le cœcum, au point d'accaparer l'attention.

Le segment d'anse sus-jacent à la sténose faisant saillie, bombe la paroi intestinale par l'exagération de son péristaltisme au point d'être perçu par intermittence par le malade lui-même.

Palpation. — Pierre DUVAL précise les règles de la palpation abdomino-pelvienne dans sa thèse.

Il conseille de mettre le malade sur un plan incliné à 45°.

Les mains des chirurgiens doivent être appliquées à plat dans la fosse iliaque. Elles sont progressivement enfoncées pendant les expirations et restent immobiles, au contraire, pendant les inspirations. Elles arrivent alors sur le plan résistant du bassin. L'extrémité des doigts repose sur le bord externe du grand droit. La paume en pleine fosse iliaque, le poignet appuyé sur l'épine iliaque antérieure et supérieure.

Il faut alors recourber légèrement l'extrémité des doigts et ramener en masse les mains vers soi. On sent un cordon vertical de grosseur variable qui ressaute sous les doigts. C'est le segment iléo-pelvien du colon. C'est le seul segment dont la palpation soit assurée.

Pour la recherche des autres segments, la main droite restant en place, la gauche gagne la région sus-pubienne déprimant profondément la paroi ab-

dominale pour arriver à percevoir la courbe de l'anse pelvienne.

Pour l'anse sigmoïde, en raison de sa mobilité, on la trouve partout. Le diagnostic est à faire avec un néoplasme du colon transverse, du mésentère, etc... Elle peut, par contre, provoquant la douleur, fournir des renseignements précieux. Elle peut être la première manifestation d'une tumeur (ΟΚΥΝΚΖΙC).

Nous l'avons recherchée sans la trouver.

La palpation donne donc des résultats précis dans les formes hypertrophiantes encéphaloïdes centre d'élection pour le colon droit.

Le squirrhe intestinal, corde de l'intestin, s'étendant sur 3 ou 4 centimètres seulement du tube intestinal peut rester inaperçu par son petit volume. La consistance cartonnée des parois envahies par le néoplasme peut être prise pour l'accumulation anormale à cet endroit de matières stercorales.

La palpation est gênée par le météorisme précoce dans les tumeurs à localisation gauche.

Elle se décèle avec plus de facilité lorsque un bloc d'adhérences est constitué par péricolite inflammatoire.

L'examen est rendu encore plus difficile par ce fait noté par QUÉNU que ces formes de néoplasme atteignent des gens gras.

D'autre part, la situation cachée de ces tumeurs, sous le rebord costal pour l'angle splénique, dans l'excavation pour le colon pelvien, viennent encore augmenter les difficultés de l'exploration.

Percussion. — Le cœcum distendu est sonore dans les néoplasmes de la seconde moitié du colon.

Toucher rectal. — Ne donne de renseignements que jusqu'à 13 centimètres de l'anus, par conséquent n'a d'intérêt que pour le segment recto-colique.

Proctoscopie. Sigmoidoscopie. — Pierre DUVAL la préconise pour le colon pelvien et en décrit la technique dans sa thèse.

Radiographie. — La radiographie permet par injection d'un lait bismuthé donné par lavement, de déterminer avec précision le siège de l'obstacle.

Symptômes. — Le symptôme capital est la constipation opiniâtre avec ballonnement du ventre, avec coliques, malaise général. Celles-ci se reproduisent par crises tous les 5 ou 6 jours.

Les matières sont déformées (rubannées ou lamellées). Cette constipation peut alterner avec de la diarrhée. Mais à ce stade les malades se soignent le plus souvent à leur guise. Leur attention est d'autant moins attirée qu'ils sont généralement des constipés habituels. On retrouve ce fait si souvent dans l'histoire de ces malades, que certains auteurs ont pensé que l'influence congestionnante de la stagnation des matières dures chez un constipé pouvait être invoquée dans l'étiologie des néoplasmes du colon. Le diagnostic peut encore être égaré à cette période par les formes cliniques de l'affection.

OKINKZYC décrit :

A) le type gastrique : 1° aigu. — Indigestions sans causes. (WALSHAM et CRAWES).

2° Chronique. — Etat nauséux, dyspepsie stercorale.

B) Type entérique. — Crises douloureuses simulant l'entéro-colite. Catarrhe intestinal.

En 1897, LEJARS rapporte le cas d'une malade soignée depuis plusieurs mois pour maladie d'estomac. L'opération décèle un néoplasme de la valvule iléo-cœcale.

En réalité, le diagnostic du néoplasme à la période de latence est rendu difficile à gauche :

1° En raison du petit volume de la tumeur qui passe inaperçue au malade alors que les formes volumineuses du colon droit le frappent.

2° Les douleurs localisées à droite assimilées par le malade à la notion aujourd'hui très connue d'appendicite l'engagent à consulter un médecin.

Les coliques intermittentes à gauche, accompagnées de rétention des matières chez un constipé habituel ne le surprennent souvent pas et l'incitent à se traiter à sa guise, jusqu'au jour où l'équilibre est rompu et où le malade va consulter en occlusion intestinale aiguë.

Alors qu'elle est exceptionnelle dans les cancers

(1) F. LEJARS. — De l'intervention chirurgicale dans les tumeurs du cœcum compliquées etc... (Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale, 1897).

du cœcum et du colon ascendant, l'occlusion est très fréquente dans les tumeurs de l'angle splénique, du colon descendant, du colon pelvien — fréquente au point d'être souvent la première manifestation du cancer colique gauche (Pierre DUVAL).

Pendant une longue période, le malade présente quelques coliques. Ses selles sont seulement pénibles. Il ressent des troubles digestifs vagues, des pesanteurs, des ballonnements passagers qu'il attribue à une paresse de l'intestin et qu'il soigne lui-même.

L'occlusion débute brusquement sans prodromes, souvent sans aggravation progressive des symptômes.

La sténose n'aboutit pas, en effet, au rétrécissement complet. C'est une cause intercurrente qui le provoque. Elle est due à l'œdème de la muqueuse colique — due à la congestion du segment sus-jacent — due à l'obstruction.

M. SOULIGOUX a vu à l'hôpital de Lariboisière une malade admise d'urgence pour occlusion intestinale aiguë. Un anus fut pratiqué le cœcum.

La laparatomie exploratrice pratiquée dans un second temps décela au-dessus d'un squirrhe annulaire encore tolérant un obstacle constitué par un agglomérat de noyaux de cerises et de matières stercorales durcies. La malade interrogée à son réveil déclara que constipée de longue date elle mangeait des cerises avec les noyaux pensant faciliter ainsi ses selles.

Dans un autre cas du même auteur il s'agissait

d'un bloc compact amorphe. La malade traitait depuis longtemps ses troubles gastriques en prenant des cachets de charbon et de craie préparée.

M. QUENU, à la Séance de la Société de Chirurgie du 10 novembre 1904, rappelait un cas personnel analogue dans lequel l'agent d'occlusion était constitué par des pépins de raisin.

GOULLIoud a vu lui aussi l'occlusion provoquée par des noyaux de fruits et propose de faire rentrer l'irritation produite par les corps étrangers au gros intestin au nombre des causes du cancer.

Les caractères cliniques que nous venons d'énumérer contribuent à rendre les indications opératoires imprécises pendant toute la période de latence. La laparatomie exploratrice est seule capable de dépister une tumeur au début.

Elle doit être précoce dès qu'une constipation opiniâtre accompagnée d'amaigrissement, de douleurs, alternant avec des diarrhées amène le malade chez le chirurgien. Et Pauchet écrit qu'elle doit se substituer au principe stérile du diagnostic.

CHAPITRE VI

Si on examine les résultats de la colectomie en un temps pratiquée sur le colon gauche en période de tolérance, on aperçoit que la péritonite est la plus grande cause d'insuccès dans ces opérations.

Sur 18 morts immédiates, relevées par Cavaillon et Perrin à la suite de colectomies opérées à froid, les résultats de l'autopsie sont signalés 8 fois. Dans ces 8 cas il s'agit de péritonite.

Sur les 8 cas, 3 fois Cavaillon n'a pu retrouver le point de départ de l'infection péritonéale. 5 fois elle était due à l'insuffisance des sùtures.

Le début des phénomènes péritonéaux peut être :
I. Immédiat, dû à l'infection du péritoine au cours de la résection.

A. La septicité du contenu intestinal en amont du néoplasme est extrême. Elle est telle que le beau-frère de M. MERTCHNIKOFF, qui en avait entrepris l'étude à la demande du Professeur QUÉRY, dut l'abandonner tant la faune était innombrable.

B. A la facilité d'infection que présentent les vastes surfaces cruentées créées par le décollement colo-pariétal.

C. A la difficulté technique de la colorrhaphie. Celle-ci est en effet aggravée par la différence de calibre des deux segments à anastomoser.

Les modifications du calibre intestinal du segment sus-jacent à un néoplasme a été bien étudié par CAVAILLON.

La dilatation peut présenter tous les degrés, rester localisée immédiatement en amont de l'obstacle ou même remonter très haut, jusqu'aux régions supérieures du grêle. Pour CAVAILLON et LECLERC cette dilatation passe par deux phases successives.

Pendant une première période, l'intestin lutte contre l'obstacle qu'il compense physiologiquement en se contractant au-dessus de lui. L'intestin est à ce moment modérément distendu. C'est la phase de *distension de réplétion*.

La durée de cette première période, qui n'est autre que la période de latence, de tolérance clinique, est pour les auteurs déterminée par la qualité de la musculature intestinale.

La dilatation est alors d'autant plus grande que :

- 1° Le gros intestin est moins résistant que le grêle.
- 2° Il est obturé par la valvule de BARTH. Le segment inférieur, au contraire, est rétracté. L'atrophie porte sur les trois tuniques, avec prédominance sur la musculuse. C'est un trouble trophique avec amincissement des parois. D'où, après résection de la tumeur, difficulté énorme d'affrontement, « ingruence des deux bouts ». On est alors obligé à des ma-

nœuvres de débridement latéral qui compliquent l'intervention et rendent la suture moins sûre.

En ce cas, l'anastomose latérale, lorsqu'elle est rendue possible par la mobilité du segment sur lequel on opère, simplifie la technique opératoire (SOULIGOUX).

3° L'épaississement œdémateux des parois sur lequel nous reviendrons tout à l'heure. Les différents plans de la tunique intestinale ne glissent plus les uns sur les autres et exposent à faire des points perforants qui constituent une voie d'infection du péritoine.

La lipomatose, étudiée par OKYNKZIC.

Ce développement de la graisse autour des néoplasmes peut être considérable. Elle se développe aux dépens des franges épiploïques qui s'hypertrophient.

L'hypertrophie peut être telle qu'elle constitue à elle seule la presque totalité de la tumeur.

Cette lipomatose peut s'étendre à une certaine distance. C'est dans ce cas que la difficulté des sutures peut être très grande. OKYNKZIC rapporte un cas où la masse de graisse était si considérable qu'il était difficile au cours de l'intervention de savoir exactement où passaient les points de suture. Le professeur HARTMANN propose, dans ce cas, de pratiquer la réduction des masses graisseuses au moyen d'une pince écrasante. (Travaux de Chirurgie anatomo-clinique).

II. Les suites immédiates de l'intervention sont normales. Le pouls est bon. Le malade n'a pas de fièvre. Pas de réaction péritonéale. La guérison semble devoir être très simple, quand, au 3^e, 4^e, 5^e jour, le malade va spontanément à la selle, est pris de violentes douleurs dans le flanc gauche et succombe en quelques heures d'une infection péritonéale aiguë.

Nous avons eu l'occasion de pratiquer l'autopsie d'un malade atteint de sténose du pylore, opéré de gastro-antérostomie par le docteur SOULIGOUX. Malgré l'infiltration cartonneuse des parois de l'estomac, le docteur SOULIGOUX avait tenu à accomplir l'opération, en raison de la sténose absolue du pylore.

Au deuxième jour le malade s'asseyait dans son lit. Temp. 37°5, pouls 90. Le malade exprime sa satisfaction de pouvoir enfin boire du lait.

Au 5^e jour, au matin, il est pris d'une brusque douleur dans tout l'abdomen. Faciès anxieux. Pouls 120. Mort le soir même.

A l'autopsie, on trouve que la totalité de la suture a lâché. Les fils ont tous coupé la muqueuse gastrique, qui laisse voir encore la trace de leur passage. Le contenu de l'estomac s'est écoulé dans le ventre.

Nous ne résumons cette opération de chirurgie gastrique que parce qu'elle offre un type d'évolution que nous avons retrouvé dans les observations et dont nous avons pu vérifier la cause à la salle d'autopsie.

Nous avons de même vu un malade récemment décédé au 4^e jour après la résection d'un néoplasme du

colon transverse alors que les suites immédiates semblaient promettre une guérison opératoire rapide.

Dans ce second cas comme dans le premier le manque total des sutures a été constaté.

Ce fait n'est pas imputable à l'insuffisance opératoire des sutures.

Elle semble avoir pour cause la mauvaise qualité des tissus aggravée par les conditions physiologiques de la portion terminale du gros intestin.

A) Les tuniques intestinales sont altérées. L'altération est plus marquée sur le segment sus-jacent que sur le segment sous-jacent à l'obstacle.

Les lésions portent :

1° Sur la muqueuse. Ce sont des ulcérations infectées, appelées à jouer un grand rôle dans l'évolution clinique du néoplasme et de ses complications, mais dont l'intérêt opératoire est moindre.

2° Sur l'ensemble des trois tuniques avec prédominance sur la musculuse et sur la sous-muqueuse. La musculuse peut être hypertrophiée.

Mais la lésion prédominante est un œdème chronique, sans élément congestif marqué. Les tuniques intestinales sont dures, rigides, cartonneuses. L'épaisseur de la paroi peut devenir énorme, triple de l'épaisseur normale.

L'intestin est d'une friabilité extrême, se déchire sous la pince, se laisse couper par le fil. Il reste béant après la résection et se prête mal à la coaptation.

Cette altération peut s'étendre très loin du néoplasme, en tissu sain. CAVAILLON et LECLERC en rappor-

tent un cas, où elle existait encore à 5 mètres de l'S iliaque dégénéré.

Pour VIRCHOW, cette infiltration était due à la prolifération des éléments néoplasiques dans la sous-muqueuse.

Pour CAVAILLON, il s'agit d'une infiltration banale d'ordre inflammatoire due :

1° Aux troubles circulatoires dans la zone sténosée.

2° A l'influence congestionnante de la stase des matières.

3° A une réaction inflammatoire consécutive à l'infection des ulcérations de la muqueuse, qui précède de beaucoup l'envahissement du tissu conjonctif et des ganglions par le cancer.

En fait, cet épaissement cède rapidement à la mise au repos de l'intestin par déviation du cours des matières fécales, ou après la résection du néoplasme.

Outre la difficulté constituée par la différence d'épaisseur des tuniques intestinales à suturer, cet œdème comporte un double danger :

1° Etant donné l'extrême friabilité des parois intestinales, elles se laissent couper par les fils de la suture.

2° La résolution rapide de cet œdème considérable détruit l'affrontement exact des lèvres de la suture et compromet ainsi gravement son étanchéité.

B) La vascularisation de l'intestin grêle est différente de celle du gros intestin.

Les artères de l'intestin grêle présentent des anas-

tomoses en arcades, étagées, d'une très grande richesse.

Le gros intestin est irrigué, au contraire, par une arcade unique, d'où partent directement les artères du colon.

Ce mode de distribution vasculaire, et la pauvreté des anastomoses, peuvent expliquer le défaut de nutrition des organes intestinaux à la suite d'une résection.

L'auteur a pu, en effet, établir expérimentalement que la nutrition des bouts du gros intestin n'est assurée qu'à un centimètre de la section.

L'insuffisance des sutures peut donc être due au sphacèle tardif de la zone de suture par suite d'une section trop large du mésentère.

Les observations mentionnent souvent une selle spontanée normale, marquant le début des accidents péritonéaux.

C'est dans le colon qu'a lieu la concentration des matières par résorption de l'eau. Cette solidification est progressive.

Dans la première moitié du colon, les matières sont encore liquides. Elles sont solides, au contraire, à leur passage dans la seconde moitié.

Au cours des suites de la colectomie en un temps, elles viennent, par leur consistance, compromettre gravement par leur passage au troisième, quatrième ou cinquième jour la solidité d'une suture pratiquée avec les difficultés que nous avons dites.

Ces constatations furent progressivement impo-

sées par l'analyse approfondie des échecs de la chirurgie du colon gauche.

Nous en avons étudié la fréquence.

Les opérations sériees sont nées de cette étude.

Nous proposons d'en étudier la technique, les résultats et les indications.

OPÉRATIONS EN PLUSIEURS TEMPS

Les obstacles principaux à la colectomie en un temps du colon gauche, apparaissent donc être :

1° L'impossibilité d'intervenir en occlusion.

La difficulté de l'opération pratiquée en obstruction.

2° La septicité normalement très grande du contenu du colon, exaltée par la stase en amont d'un obstacle.

La difficulté de protection du champ opératoire.

3° Les dangers de la réunion des parois intestinales œdémateuses, exposées au passage de matières durcies et distendues par les gaz.

Les dangers de cette technique orientèrent la colectomie dans une autre voie.

En raison de la bénignité évidente beaucoup plus grande de l'anastomose entre le gros intestin et l'intestin grêle, FRIEDRICH, MARTIN FREDERICK, D. BIRD, préconisèrent l'excès de toute la portion du colon sus-jacent au néoplasme suivie d'une anastomose ileo-colique.

Cette substitution de l'anastomose iléo-colique à l'anastomose colo-colique est le procédé de choix, en ce qui concerne la première moitié du colon. OKINKZIC, préconise en effet, de réséquer tout le cœcum pour un néo de l'angle hépatique.

Moins pratique et d'une gravité beaucoup plus grande en ce qui concerne le colon gauche, elle ne devient, pour celui-ci, qu'un procédé d'exception.

L'opération sériée se propose :

1° De permettre au malade de se désintoxiquer et par conséquent d'acquérir une résistance opératoire plus grande.

2° De réduire au minimum les dangers d'infection péritonéale par réduction des manœuvres intra-abdominales.

3° D'assurer la qualité des sutures en permettant d'opérer sur un intestin sain et en dérivant momentanément le cours des matières et des gaz.

L'acte opératoire a été diversement compris :

1° Il peut être plus ou moins sérié, deux, trois, exceptionnellement quatre temps.

2° La préoccupation des dangers que nous avons étudiés a incité à intervertir l'ordre des temps.

Nous laisserons de côté dans notre étude les procédés tels que celui que MADELUNG proposait au Congrès du Naturfochen de Salzburg, celui-ci se bornant à réduire l'opération à son premier temps. Résection du segment néoplasique, ne le faisant suivre d'aucune tentative de rétablissement du cours des matières, et établissant le bout supérieur en anus défini-

tif ouvert à la paroi abdominale, tandis qu'il abandonnait dans le bassin le bout inférieur rectal.

Ce type d'intervention, employé d'abord comme ressource de hasard dans l'impossibilité d'amener au contact les deux segments coliques après la résection, ne fut momentanément imposé (CHAVANNAZ) que par les dangers extrêmes de la colorrhaphie immédiate.

En tous cas l'entéro-anastomose, iléo-colique, iléo-rectale, procédé de LARDENNOIS présente des avantages incontestables sur ce procédé.

L'opération de BARTON est susceptible du même reproche. Elle ne diffère d'ailleurs de la première que par le traitement différent du bout inférieur.

Nous diviserons les plans opératoires, non par leur nombre de temps qui n'offrent, en somme, qu'un intérêt secondaire, mais par les objectifs qu'ils se proposent d'atteindre.

Nous distinguerons quatre points de vue.

I. — Les méthodes tendant à assurer la qualité des sutures par dérivation du cours des matières et des gaz.

(Type VOLKMANN, HAHN, CAVAILLON).

L'opération de VOLKMANN fixant l'anse à la paroi abdominale, écarte les dangers que présente l'établissement spontané d'une fistule stercorale au 4^e ou 5^e jour pouvant être la cause d'une péritonite mortelle.

L'anus cœcal met à l'abri du passage irritant des matières et des gaz, et permet la cicatrisation de la plaie intestinale.

Elles laissent toutes deux un anus cœcal curable en un second temps. PAUCHET (1) propose de réaliser ces avantages en adjoignant à la colorraphie en un temps,

1° Le drainage de l'intestin au moyen d'un tube de FAUCHER pénétrant par l'anus et montant dans le colon descendant.

Cé tube, laissé en place 6 ou 7 jours assure le drainage des liquides septiques et des gaz.

2° La fixation de la suture intestinale à la paroi. La désunion spontanée d'un point de suture aboutit alors à l'ouverture d'une fistule stercorale à la peau.

Celui-ci peut être provoqué artificiellement par désunion de quelques millimètres en cas de besoin.

II. — Le principal danger résulte de la colorraphie immédiate.

La résection a lieu au cours d'un temps antérieur.

Ou bien la continuité de l'intestin est rétablie immédiatement, mais l'anse est laissée en dehors du péritoine (Bloch), ou bien l'anse est réséquée en un temps laissant subsister un anus en canon de fusil (Op. de PAUL. Op. de RECLUS. Op. de HARTMANN).

III. — Les dangers de l'infection opératoire du péritoine sont écartés :

1° Par une résection de l'intestin pratiquée immédiatement au cours d'un premier temps en dehors de l'abdomen et une dérivation du contenu de l'intestin loin de la plaie. PAUL, HARTMANN.

(1) Société de Chirurgie, 23 juillet 1917.

2° Par la formation d'adhérences péritonéales entre le péritoine pariétal et le segment intestinal extériorisé.

Procédé de BLOCH — RECLUS.

Le procédé de RECLUS laisse subsister un anus en canon de fusil.

IV. — Les procédés de MIKULICZ, CAVAILLON, étendent aux néoplasmes en obstruction, en période de tolérance, les indications des néoplasmes en occlusion complète et systématisent l'anus cœcal, afin d'intervenir sur un intestin à froid, en période de calme.

PROCÉDÉ DE VOLKMANN (1887).

Dans un 1^{er} temps, VOLKMANN pratique la colectomie par le procédé ordinaire.

Rétablissement partiel de la continuité intestinale. Appliquant au colon la méthode préconisée par BOUILLY et ASSAKY pour l'intestin grêle, il ne rétablit qu'incomplètement la continuité de l'intestin.

Il suture la lèvre profonde et abouche les lèvres superficielles à la peau, laissant ainsi subsister un anus artificiel à double bout.

2^e temps. — Fermeture de l'anus contre-nature. (Procédé exécuté par CHAPUT, 1895, GALLET, 1897).

PROCÉDÉ DE BLOCH DE COPENHAGUE.

L'intervention comporte trois temps.

1° Exérécision de la tumeur, jusqu'à l'apparition des adhérences.

2° Résection de l'anse et rétablissement immédiat de la continuité intestinale.

On laisse la suture en dehors de l'abdomen.

3° Réduction de la suture dans le péritoine. (DEMONS, CHAVANNAZ, JABOULAY).

PROCÉDÉ DE RECLUS.

Trois temps.

1^{er} temps. — Extériorisation de la tumeur jusqu'à la formation d'adhérences.

2^e temps. — Résection en bloc de l'anse herniée et de son méso au ras de la paroi abdominale au thermocautère, par conséquent, établissement d'un anus double en canon de fusil.

3^e temps. — Fermeture de l'anus contre nature.

OPÉRATION DE PAUL.

Deux temps.

1° L'anse pelvienne est recherchée et extériorisée par une incision latérale. Les vaisseaux sigmoïdiens sont liés et le mésocolon reséqué.

Les deux segments du colon, sur lesquels vont porter la résection, sont alors adossés au moyen d'un surjet par leur bord mésocolique désinséré. « L'anse est alors ouverte sur son bord libre aux deux extrémités ».

Dans chaque bout on introduit un tube de verre alors fermé à son extrémité libre. L'intestin est lié en masse sur ce tube de verre.

On resèque l'anse intestinale.

Les matières sont ainsi drainées loin du péritoine par le tube de verre.

Fermeture de la paroi.

2° Application d'un entéro-tome. Fermeture de l'anus.

PROCÉDÉ DE HARTMANN..

Deux temps.

1° Extériorisation de la tumeur et suture en canon de fusil des deux bouts de l'anse malade.

Après protection du champ opératoire et isolement de l'anse suivant les procédés habituels, on rapproche l'une de l'autre l'anse afférente et l'anse efférente. Ce rapprochement doit porter très haut et loin de la tumeur.

Un fil de soie assez long passant dans l'épaisseur des parois intestinales, sans les perforer, unit l'une à l'autre les deux anses au-dessous du méso sectionné.

Un surjet séro-séreux est ainsi établi de dedans en dehors, de la cavité abdominale vers l'extérieur. Ce surjet doit être assez long pour que l'anse une fois fixée hors du ventre la moitié du surjet devienne intra-abdominale et l'autre moitié extra-abdominale.

Le but de ce surjet est de fixer d'emblée les deux bouts de l'anse en canon de fusil, préparant ainsi par avance le deuxième temps : la cure de l'anus artificiel qu'on va établir.

L'anse ainsi disposée en canon de fusil est alors

fixée à la plaie abdominale par un surjet séro-séreux circulaire.

Puis l'intestin, n'ayant pas encore été ouvert, le ventre est fermé au-dessus et au-dessous de l'anse extériorisée par un surjet ou par des points séparés comprenant le péritoine et les plans musculéo-aponévrotiques.

La résection de la tumeur hors du ventre sera dès lors faite dans les conditions les meilleures pour éviter toute contamination de la cavité péritonéale.

Afin de faciliter, après la résection, le drainage de l'intestin, on a eu soin d'extérioriser l'anse malade de manière à conserver au-dessus de la tumeur le bout afférent plus long que le bout efférent.

Avec une pince à écrasement, on écrase alors le bout afférent aussi loin que possible de la tumeur, engageant un des mors de la pince écrasante dans l'orifice du méso résultant de sa section.

Une ligature est placée au niveau de la partie écrasée, un champ entre elle et la tumeur, ce qui permet de faire la section sans écoulement possible du contenu intestinal.

On sectionne alors le bout afférent entre deux clamps qui en assurent la coprostase.

Il ne reste alors qu'à lier le bout afférent sur un tube de PAUL et à faire le pansement en tamponnant mollement le pourtour des deux bouts avec des compresses de gaze iodoformée qui isolent l'intestin de la plaie pariétale.

2° Fermeture de l'anus artificiel au moyen de l'entérostomie.

Résection en bloc de l'anus et abouchement des deux bouts par une suture termino-terminale suivant le procédé habituel.

PROCÉDÉ DE MIKULICKZ. — Deux temps.

1^{er} temps. — Anus artificiel au-dessus de la tumeur permettant la rétrocession des phénomènes inflammatoires.

2° temps. — Résection du néoplasme et de son méso.

Colorraphie circulaire.

Cure de l'anus cœcal.

Dans la seconde manière, MIKULICKZ pratique l'anus artificiel le plus loin possible de la tumeur (cœcal).

PROCÉDÉ DE L'ANUS CONTEMPORAIN (HAHN).

1^{er} temps. — Etablissement d'un anus cœcal.

Résection du segment néoplasique.

Rétablissement de la continuité intestinale par entérorraphie circulaire.

2° temps. — Cure de l'anus artificiel cœcal.

PROCÉDÉ EN TROIS TEMPS CAVAILLON.

1^{er} temps. — Anus artificiel cœcal.

2° temps. — Résection de la tumeur.

Rétablissement de la continuité intestinale.

3° temps. — Cure de l'anus artificiel.

RÉSULTATS

Un certain nombre de ces types opératoires ne répondent qu'incomplètement aux buts qu'ils se proposent.

L'opération de MIKULICKZ, 2^e manière, assure par l'établissement préalable d'un anus cœcal la désinfection du segment sus-jacent au néoplasme et permet la rétrocession de phénomènes inflammatoires développés à son niveau. Mais en pratiquant en un même temps la résection de la tumeur, la colorrhaphie et la cure de l'anus préalable, on expose à tous les dangers d'une résection pratiquée sur une anse dilatée, œdématiée, remplie d'un contenu virulent.

Comme la technique de HARTMANN, elle oblige à des manœuvres abdominales, sur un intestin chargé de produits septiques, qui a contracté des adhérences inflammatoires souvent serrées avec les viscères voisins. L'ouverture d'un anus dans la plaie opératoire comporte de gros risques d'infection qui l'ont fait abandonner par son auteur même. Les indications opératoires de la période d'occlusion intestinale, semblent donc devoir être étendues à la période de tolérance.

L'anus iliaque, devient le premier temps d'une cure radicale de néoplasme du colon gauche. Cet anus doit porter aussi loin que possible de la tumeur. Il sera établi sur le cœcum. C'est le plus facile à faire, le plus simple à réparer, le plus éloigné du champ d'opérations secondaires.

L'appendicostomie a été préconisée pour suppléer à la fistulisation du cœcum par WEIR, en Amérique, SEGOND, en France, KEETLEY et W. H. BENNET, en Angleterre.

Elle présente pour leurs auteurs l'énorme avantage de faciliter la cure ultérieure de l'anüs contre nature ainsi constitué par appendicostomie. Cette méthode ne semble pas avoir rencontré de chauds partisans en France.

Deux méthodes restent donc en présence.

L'extériorisation (VORLAGENUNG, BLOCH, RECLUS).

L'opération en trois temps décrits par CAVAILLON.

Dans les deux cas, le premier temps est un anus cœcal. Cette règle est absolue au point que dans les cas où les difficultés du diagnostic clinique nécessitent une laparatomie exploratrice, certains auteurs, après avoir identifié le siège d'une tumeur néoplasique siégeant sur le colon gauche, referment le ventre pour pratiquer l'anüs préliminaire.

Le cancer du colon gauche est en effet et avant tout, un néoplasme ulcéré et infecté.

La réaction inflammatoire peut être très grande, aller même jusqu'à la formation d'abcès qui se fistuliseront à la paroi que le chirurgien devra inciser.

Le plus ordinairement cette péricolite se borne à la formation d'adhérences qui englobent la tumeur, au point de doubler et de tripler son volume. Le processus inflammatoire gagne rapidement le territoire lymphatique. Il se passe un phénomène analogue à la périadénite décrite par Cunéo, dans les néoplas-

mes de l'estomac. Mais tandis que, pour ce dernier organe, elle se surajoute à l'envahissement des éléments épithéliaux, elle le précède de longtemps comme l'ont démontré les examens histologiques. Les ulcérations de la muqueuse sont constamment entretenues et infectées par le passage des matières.

Ce facteur est extrêmement important. L'intestin est immobilisé par des adhérences inflammatoires, saignant facilement lorsqu'on les décolle, exposant à l'ouverture intra-abdominale des viscères.

L'adénite des ganglions lombaires empêche le décollement anatomique.

A cette période le diagnostic de l'opérabilité est difficile à poser, la simple dérivation des matières pouvant permettre le refroidissement des lésions.

Le chirurgien est mis en présence de lésions étendues qui peuvent rendre momentanément impossible une tentative de cure radicale alors que la mise au repos de l'intestin peut les faire rétrocéder.

Roux présente au Congrès de Chirurgie l'observation d'un malade auquel il avait fait, huit mois auparavant, une exclusion, jugeant la tumeur adhérente de toutes parts comme inopérable. Au cours de la seconde intervention il put facilement extirper à froid le colon gauche et une partie du transverse.

Le néoplasme sera jugé inopérable lorsque, à l'ouverture de l'abdomen, après mise au repos du segment néoplasique, on trouve des foyers mésostatiques dans le foie, le mésentère, la paroi. Le traitement radical est également contre-indiqué quand il y a en-

valissement important des mésos (avec rétraction) ou adhérences néoplasiques qui ont uni la tumeur aux organes voisins.

En résumé, toutes les fois que les segments mobiles auront été immobilisés par rétraction de leur mésocolon et que les manœuvres de décollement colopariétal auront été rendues impossibles par propagation au fascia.

On s'adressera alors au traitement palliatif.

La résection de la tumeur peut être faite :

A. En un temps avec rétablissement immédiat de la continuité intestinale. Elle suit alors la même technique que celle décrite pour la colectomie en un temps.

Elle offre l'avantage de ne laisser subsister qu'un seul anus cœcal, facilement curable.

B. La méthode dite d'extériorisation préconisée par Oscar BLOCH, chirurgien du Friedrichshospital de Bredgade, série la résection en deux temps.

Elle se propose de permettre la résection extra-péritonéale de la tumeur, celle-ci étant sortie de l'abdomen et maintenue en dehors par des adhérences formées avec le péritoine pariétal.

LIGNES D'INCISION.

a) L'incision devra, en règle générale, être faite sur la tumeur toutes les fois que la palpation en aura révélé l'existence (PEAN).

Dans les cas où l'examen clinique ne permet pas de localiser la tumeur, la laparatomie exploratrice

s'impose quitte à lui adjoindre, suivant son siège, une autre incision. HARTMANN préfère l'incision médiane à l'incision sur le bord externe du grand droit dans les néoplasmes du colon ascendant ou descendant. Si cette incision ne semble pas suffisante, il conseille de brancher perpendiculairement une nouvelle incision dans la direction de la tumeur à extérioriser.

Pour le colon pelvien, il est classique de pratiquer une incision oblique suivant la direction des fibres du grand oblique.

Pour les tumeurs de l'angle splénique, le Professeur HARTMANN préconise l'incision curviligne parallèle au rebord des fausses côtes, se terminant en bas dans l'espace costo-iliaque, de préférence à l'incision parallèle au bord externe du grand droit.

b) LIBÉRATION DES ADHÉRENCES.

S'il s'agit d'un segment fixe, décollement après incision du péritoine au dehors de la portion du colon à mobiliser.

c) Extériorisation de la tumeur qu'on fixe à la paroi abdominale par quelques points de suture.

Application d'un pansement non serré,

d) Au bout de quatre ou cinq jours les adhérences sont constituées.

Abrasion au thermo-cautère de toute la portion intestinale extériorisée y compris le coin mésentérique interposé.

Un anus contre nature en canon de fusil est ainsi établi, qu'il suffit de fermer ultérieurement.

3° temps. — Fermeture de l'anus ainsi constitué.

Un des premiers avantages du procédé est sa bénignité :

WILLY ANSCHUTZ, sur 115 cancers gauches opérés par cette méthode a eu trois morts seulement, dont deux étaient imputables à des complications pulmonaires.

Son second avantage est la facilité de son exécution.

Les complications de la technique tendant à assurer la protection du champ péritonéal sont complètement supprimées.

Les risques de sphacèle des bords réséqués par défaut d'irrigation après section du mésentère sont écartés.

Mais la méthode est passible de reproches que nous allons examiner.

C'est une méthode aveugle qui ne permet pas de faire une résection large du cancer. Elle ne permet pas une exérèse suffisante des ganglions.

En réalité, ce défaut est atténué par la disposition anatomique des ganglions tributaires du gros intestin.

Les lymphatiques sont en général peu développés au niveau du colon descendant.

Il existe un système juxta intestinal inconstant (POIRIER et CUNÉO) composé de petits ganglions. De là les lymphatiques se rendent à un système régional composé de ganglions plus volumineux et plus

constants, placés sur le trajet des branches artérielles, constituant l'arcade anastomatique.

Enfin un troisième système ganglionnaire est placé autour du tronc principal qui va se jeter dans les ganglions gauches rétro-péritonéaux.

En raison de cette disposition, l'évolution du néo est assez lente. CHAPUT, RUEFF, QUENU, LANDEL, ont insisté sur ce point et ont remarqué le retard de l'envahissement des ganglions rétro-péritonéaux.

Le cancer reste longtemps localisé aux ganglions du bord mésentérique. Cette limitation du cancer a été étudiée par HAUSSMANN dans sa thèse.

Les résultats éloignés que nous ne pouvons donner en assez grand nombre, faute de temps, témoignent d'ailleurs que la résection du système ganglionnaire juxta-intestinal suffit au début. L'extériorisation a donné des guérisons de 4 ans, SAVARIAUD ; 6 ans, Pierre DELBET ; 6 ans, SOULIGOUX.

CAVAILLON reproche au coin mésentérique, par ses tiraillements, de s'opposer à l'extériorisation d'une portion suffisante de l'intestin. La rétraction contribue, pendant le temps d'extériorisation, à la réduire dans la cavité abdominale. SAVARIAUD propose, dans ce cas, de modifier ainsi la technique :

Après extériorisation de la tumeur, il passe au-dessous de l'anse et des ganglions un clamp vigoureusement serré dont les deux extrémités prennent point d'appui sur la paroi.

Toute rétraction est ainsi impossible et la tumeur se détache d'elle-même au bout de quelques jours.

Enfin une des objections les plus constantes faites à la méthode est la persistance d'un anus en canon de fusil.

La difficulté du traitement est extrême pour certains auteurs (CAVAILLON) cite un cas où cinq laparotomie ont été nécessaires pour arriver à la guérison, et constitue un nouveau risque de complications péritonéales.

Le docteur SOULIGOUX a l'habitude de disséquer les deux bouts de l'intestin, sans dépasser les adhérences péritonéales. Au cas où la libération ouvre la cavité abdominale, il la referme au préalable, et pratique ensuite une suture bout à bout extra-péritonéale.

Nous avons vu dans deux cas la fermeture de l'anus obtenue radicalement.

Dans un autre cas, une fistule stercorale s'ouvrit au cinquième jour. Cette complication sans gravité, puisque l'anse était restée sous-cutanée, guérit spontanément en quelques jours.

Quoique moins brillantes, les interventions en plusieurs temps semblent devoir faciliter considérablement la chirurgie des colons, « transformant une opération grave » en opération de « gravité faible ou nulle ».

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Bulletin de la Société anatomique — Octobre 1905

CANCER DE L'ANSE SIGMOÏDE

Il s'agit d'un cancer de l'anse sigmoïde chez une femme âgée de 48 ans. En l'espace d'un an, cette malade a présenté à 3 reprises des accidents aigus d'occlusion intestinale, passagers. L'un d'eux faillit nécessiter une opération d'urgence. La malade accuse avoir beaucoup maigri depuis un an. Elle n'a jamais eu de sang dans ses selles.

M. Souligoux porte le diagnostic de cancer de l'intestin et opère la malade le 10 octobre 1905. Incision iliaque gauche. On constate que la lésion siège sur l'anse sigmoïde, à l'union de son 1/3 inférieur et de ses 2/3 supérieurs. On pratique l'extirpation de la tumeur suivie d'une anastomose latéro-latérale. Sigmoido-sigmoïdostomie. On termine l'opération en recouvrant la région de l'anastomose avec les franges épiploïques sus et sous-jacentes, extrapéritonéalisant ainsi cette région. Fermeture complète de la plaie. L'opération a duré quarante-cinq minutes. Le soir, température normale, la malade a une selle abondante.

Elle meurt le lendemain matin. L'autopsie n'a pu être pratiquée.

Examen de la pièce.

La pièce enlevée présente l'aspect d'un sablier. Il semble que l'on a placé une ligature serrée sur le gros intestin. Au-dessus de la stricture, l'intestin dilaté mesure environ trois travers de doigt de diamètre. Au contraire, le segment sous-strictural ne dépasse pas le volume d'un doigt. On n'aperçoit pas directement le fond du sillon de stricture de l'intestin. En effet, le mésocolon sigmoïdien très épaissi, surchargé de graisse d'une part, d'appendices épiploïques exubérants d'autre part, masque la zone stricturée. En quelques points il existe des adhérences anormales de ces franges entre elles et à l'intestin comme s'il s'était passé quelque phénomène d'épiloïte réactionnelle au niveau de la région rétractée. On n'a pas remarqué de ganglion dans le mésocolon.

A la palpation la zone stricturée donne la sensation d'un petit cylindre incompressible du volume du petit doigt. Examinée par la cavité de chacun des entonnoirs que permet l'intestin au-dessus et au-dessous du rétrécissement, la pièce laisse voir sur le segment supérieur au rétrécissement une muqueuse à peine plissée avec une ulcération elliptique du volume d'une fève dont les bords saillants circonscrivent à distance l'orifice rétréci de

Sur le segment inférieur au rétrécissement la muqueuse intestinale semble tout à fait normale avec un aspect plissé bien marqué. Si l'on pratique une coupe longitudinale de tout le segment d'intestin enlevé opératoirement, on constate que la zone de stricture mesure 2 bons centimètres. A son niveau la paroi intestinale est d'une dureté ligneuse, son épaisseur atteint $\frac{1}{2}$ centimètre.

Sur la surface de section on ne distingue qu'un tissu blanchâtre, squirreux, uniforme. La muqueuse de cette zone stricturée est adhérente, plus rouge que la muqueuse normale. Sur le segment dilaté sus-strictural, on aperçoit nettement une ulcération à bords saillants, arrondis,

mamelonnés et sinueux. Ils sont de coloration rouge vif, tranchant nettement sur la muqueuse périphérique de coloration rose pâle.

Le fond de l'ulcération est irrégulier, rougeâtre, parsemé de stries bistrées. C'est à deux centimètres de l'orifice d'entrée de la stricture, sur la paroi inférieure du segment dilaté, que l'ulcération est la plus profonde.

L'ulcération semble avoir entamé la musculéuse. La muqueuse du segment dilaté jusqu'au contact des bords de l'ulcération semble glisser sur les plans sous-jacents.

Au niveau du segment sous-strictural, l'épaississement néoplasique de la zone rétrécie cesse brusquement. Il en résulte un rebord mamelonné, circulaire, situé juste au point où cesse la stricture de l'orifice de sortie de la zone rétrécie. La muqueuse de ce segment sous-strictural présente son apparence et sa mobilité normales.

Examen histologique. — Des coupes comprenant la limite de l'ulcération et des tissus sains montrent qu'il s'agit ici d'une adéno-carcinomie, le type le plus fréquent du cancer de l'intestin. Des boyaux présentant encore l'aspect de culs-de-sac glandulaires, s'enfoncent dans la musculéuse qu'ils infiltrent.

Le diagnostic histologique est évident.

OBSERVATION II

Observation résumée par le docteur Souligoux à la Société de Chirurgie, séance du 29 juillet 1919.

Jeune femme de 35 ans atteinte de cancer de l'S iliaque.

Colectomie en un temps.

Suites opératoires normales.

La malade meurt au dixième jour de phénomènes péritonéaux suraigus.

OBSERVATION III

Capp: Marie, 48 ans, 179, rue Michel-Bizot.

La malade entre à l'hôpital de la Charité le 23 octobre 1918.

Elle a été prise la veille au matin de violentes douleurs abdominales. Depuis ni matières ni gaz. Trois vomissements.

Bon état général. Bon pouls. L'interrogatoire de la malade n'apprend rien de net. La malade est depuis longtemps constipée. Mais elle fait remonter à son enfance le début de cette constipation. Quelques troubles dyspeptiques n'ayant jamais nécessité de consultation médicale.

La palpation ne permet de sentir aucune tumeur, en raison de l'énorme distension de l'abdomen. Le toucher rectal et vaginal pratiqués ne donnent aucun renseignement. *Intervention* sous anesthésie locale à la novocaïne. Incision dans la fosse iliaque droite. Le cœcum est distendu. On le fixe à la paroi et on le fistulise.

Suite. — Le ventre redevient souple. La malade a de nouveau quelques selles par le rectum après le déballonnement du ventre.

Après déballonnement, la palpation méthodique de l'abdomen ne permet pas de percevoir un obstacle.

18 décembre 1918. — *Laparatomie* médiane.

On trouve une tumeur néoplasique adhérente aux anses grêles siégeant sur le colon pelvien (squirrhe).

Libération de la tumeur.

Incision dans la fosse iliaque gauche.

Fermeture de l'incision médiane.

Extériorisation de la tumeur.

20 décembre. — Section de l'anse extériorisée au ras de la paroi abdominale au thermo-cautère.

6 mai 1919. — Fermeture d'un anus iliaque gauche avec éperon sectionné antérieurement à l'entérotome.

Libération des tranches de section. Avivement. Suture sous deux plans à la soie.

30 juin 1919. — Fermeture extra-péritonéale d'un anus cœcal. Avivement et suture en deux plans.

Suites parfaites.

Suite. — La malade revue le 15 octobre va normalement à la selle, digère bien et a grossi.

OBSERVATION IV

Lang. Jeanne. Entrée à l'hôpital Beaujon, salle Hugnier, le 17 février 1919.

En occlusion intestinale. Le ventre est très ballonné. Toute localisation est impossible. Incision de Roux sous anesthésie locale. On fixe le cœcum à la paroi. Le lendemain le ventre est plat.

15 avril 1919. — Anesthésie à l'éther.

Laparatomie médiane sous-ombilicale. On trouve une tumeur sténosante à l'union du colon descendant et du colon pelvien. Pas de ganglions dans le méso.

Fermeture de l'abdomen. Incision dans la fosse iliaque gauche.

Extériorisation de la tumeur.

18 avril. — Section de la tumeur au thermo.

3 juillet 1919. — Fermeture d'un anus iliaque en canon de fusil par le procédé habituel. Au bout de 2 jours fistule stercorale. Pansements à plat. La fistule se rétrécit progressivement et se ferme.

3 août. — Fermeture d'un anus cœcal par le procédé habituel extrapéritonéal sous deux plans de suture à la soie.

Suites excellentes. — La malade va normalement à la selle, digère bien.

Revue le 15 novembre. — La malade se porte bien, elle a grossi de 10 kilogs.

CONCLUSIONS

I. Le traitement du cancer du colon, envisagé d'abord au point de vue de sa complication la plus fréquente : l'occlusion, fut longtemps un traitement palliatif : l'anus cœcal.

Les progrès de la chirurgie abdominale incitèrent à réséquer en un temps la tumeur et les ganglions tributaires.

Les résultats imposèrent l'opération sériee jusqu'au jour où la mise au point de la technique chirurgicale permit d'envisager de nouveau la cure radicale en un temps. La statistique bonne, en ce qui concerne les néoplasmes du colon droit, reste mauvaise pour les cancers du colon gauche.

II. — La colectomie en un temps se propose de réséquer la tumeur et son méso (comme un sac à contenu septique, en bloc, avec les ganglions) après libération des adhérences et mobilisation par décollement colo-pariétal (Duval). La résection est immédiatement suivie d'une colorrhaphie termino-terminale ou latéro-latérale.

III. La péritonite est la plus grande cause d'insuccès de la colectomie en un temps, primitive ou secondai-

re. Elle est due : 1° à la septicité extrême du contenu intestinal ; 2° à la facilité d'infection des surfaces cruentées créées par le décollement colo-pariétal ; 3° aux difficultés techniques de sutures : a) inconséquence des deux buts ; b) altération des tuniques intestinale (cartonnage) ; c) lipomatose des franges épiploïques ; 4° la qualité des sutures est compromise par : a) le passage des matières dures, b) le mode de vascularisation spécial du cadre colique.

La colectomie en un temps est formellement contre-indiquée dans tous les cas où le malade se présente en occlusion ; ces cas, rares à droite, sont fréquents à gauche.

IV. L'opération en plusieurs temps, moins brillante pour le chirurgien, exposant le malade aux inconvénients d'un anus temporaire, offre néanmoins des garanties de sécurité qui nous semblent devoir la faire préférer ; et si la colectomie en un temps est l'opération de choix à droite, l'opération en plusieurs temps reste réservée au segment gauche du colon.

Vu le Doyen, *Vu le Président,*

ROGER. LEJARS.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
POINCARE.

BIBLIOGRAPHIE

- GUINARD. — Anus contre nature et fistules stercorales, *Traité de chirurgie*. Abdomen.
- MONOD et VANVERTS. — Bibliographie.
- CAVAILLON. — Thèse de Lyon, 1905-06, n° 29.
- CAVAILLON et PERRIN. — La colectomie dans les cancers du gros intestin, *Revue de Chirurgie*, 1908, XXXVII et XXXVIII.
- CHAVANNAZ. — *Cure radicale du cancer du gros intestin* (Rectum excepté), Thèse Bordeaux, 1895-96, n° 21.
- DUVAL. — *Traitement chirurgical du cancer du colon pelvien*; Thèse, Paris, 1901, n° 181.
- HARTMANN. — *Bulletins et Mémoires, Société Chirurgie*, 1904.
- QUÉNU. — *Bulletins et Mémoires, Société Chirurgie*, 1904.
- MONPROFIT. — Nouveau procédé de résection du gros intestin. *Arch. prov. de chir.*, 1904.
- PAUCHET. — Remarques sur le traitement du cancer du gros intestin, 18^e Congrès français de chirurgie, 1905.
- QUÉNU et DUVAL. — Etude clinique et thérapeutique du cancer du colon pelvien, Soc. chirurgie, 1898, XXIV.
- LARDENNOIS. — *Traitement chirurgical du cancer du gros intestin*, Thèse, Paris, 1899.

HARTMANN. — Travaux de chirurgie anatomo-clinique.

SOULIGOUX. — Sur 3 cas de cancer du gros intestin, XIV^e
Congrès de Chirurgie, 1901.

OKINCZIC. — *Contribution à l'étude du traitement chirurgical du cancer du colon*, Thèse de Paris, 1907.

